

Sygn. akt I ACa 1065/14

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 4 marca 2015 r.

Sąd Apelacyjny w Białymstoku I Wydział Cywilny

w składzie:

Przewodniczący	:	SSA Jadwiga Chojnowska (spr.)
Sędziowie	:	SA Beata Wojtasiak SO del. Małgorzata Szostak - Szydłowska
Protokolant	:	Sylwia Radek - Łuksza

po rozpoznaniu w dniu 4 marca 2015 r. w Białymstoku

na rozprawie

sprawy z powództwa **Szpitala (...) im. dr W. G. w G.**

przeciwko **(...) w W. (...) w B.**

o zapłatę

na skutek apelacji pozwanego

od wyroku wstępnego Sądu Okręgowego w Białymstoku

z dnia 22 listopada 2012 r. sygn. akt I C 325/10

uchyla zaskarżony wyrok i sprawę przekazuje do ponownego rozpoznania Sądowi Okręgowemu w Białymstoku, pozostawiając temu Sądowi rozstrzygnięcie o kosztach postępowania odwoławczego i kasacyjnego.

UZASADNIENIE

Szpital (...) G. w G. wniósł o zasądzenie od Narodowego Funduszu Zdrowia (...) w B. kwoty 421.875,40 zł z ustawowymi odsetkami tytułem zapłaty za wykonane świadczenia opieki zdrowotnej. Wskazał, iż pozwany po przeprowadzeniu kontroli w zakresie prawidłowości realizacji umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, negatywnie ocenił realizację przez niego tych umów, zobowiązując Szpital do zapłaty kwoty 597.795,40 zł, w tym kwoty 349.546,10 zł tytułem niezasadnie rozliczonych świadczeń oraz kwoty 248.249,30 zł tytułem kary umownej, naliczonej na podstawie wiążących strony umów oraz ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, stanowiących załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Ostatecznie należną mu kwotę obniżył do 544.978,90 zł (296.729,60 zł tytułem

niezasadnie rozliczonych świadczeń oraz 248.249,30 zł tytułem kary umownej). Dochodzona pozwem kwota stanowi równowartość świadczeń, które – jego zdaniem – zostały wykonane prawidłowo (173.626,10 zł) oraz bezpodstawnie naliczonej kary umownej (248.249,30 zł).

(...) w B. domagał się oddalenia powództwa. Podkreślił, że dochodzona pozwem należność została objęta zawartą przez strony ugodą z dnia 17 lipca 2009 r., a zatem doszło do uznania długu przez powoda. Podał również, że przeprowadzona w powodowym Szpitalu kontrola w zakresie prawidłowości realizacji umów o świadczenie opieki zdrowotnej, wykazała nieprawidłowości, co skutkowało powstaniem po stronie Szpitala obowiązku zwrotu niezasadnie rozliczonych świadczeń (296.729,60 zł) oraz zapłaty kary umownej (248.249,30 zł).

Sąd Okręgowy w Białymstoku wyrokiem wstępnym z dnia 22 listopada 2012 r. uznał powództwo za usprawiedliwione, co do zasady.

Sąd ten ustalił, że strony łączyły umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej dotyczące: leczenia szpitalnego (umowa nr (...)) oraz ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych (umowa nr (...)), do których podpisywano aneksy, przez co obowiązywały one także w latach 2007 i 2008.

Pismem z dnia 21 lutego 2008 r. (...) w B. (dalej zwany (...)) zawiadomił Szpital (...) w G., że w dniach 25 lutego – 7 marca 2008 r., zostanie przeprowadzona kontrola dotycząca prawidłowości realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenia szpitalnego oraz ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne w latach 2007 – 2008.

Z protokołów z tej kontroli, przeprowadzonej w zakresie leczenia szpitalnego na (...), wynikało m.in., że szpital posiada histeroskop marki O., a kontroli poddano 561 historii chorób pacjentek hospitalizowanych w (...). Zgodnie z danymi przekazanymi przez szpital w raportach statystyczno – medycznych za okres od 1 stycznia do 31 grudnia 2007 r. do rozliczenia z (...) wykazano w 126 przypadkach procedurę o kodzie 6.06.00. (...) – histeroskopię diagnostyczną z badaniem histopatologicznym wycenionym na 90 pkt oraz w 229 przypadkach procedurę o kodzie 6.06.00. (...) – histeroskopię operacyjną, wycenioną na 140 pkt. Z analizy ilościowej wykonanych usług wynika, iż w 2007 r. w Szpitalu zrealizowano 36 % całościowego wykonania histeroskopii operacyjnej w placówkach województwa (...). W dalszej części protokołu omówiono poszczególne przypadki świadczące zdaniem kontrolerów o nieprawidłowościach, a następnie pouczone Dyrektora Szpitala o możliwości wniesienia zastrzeżeń.

Zastrzeżenia te zostały wniesione w piśmie z dnia 30 lipca 2008 r. i w zasadzie praktycznie wszystkie dotyczyły zabiegów histeroskopii, które w ocenie Szpitala wykonano prawidłowo.

Po rozpatrzeniu zarzutów, (...) w piśmie z dnia 13 sierpnia 2008 r. poinformował, że podtrzymuje wszystkie uprzednie ustalenia dokonane w trakcie kontroli.

W dniu 30 września 2008 r. (...) przedłożył „Wystąpienie pokontrolne” o sygn. (...) w którym negatywnie ocenił realizację przez Szpital umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych w rodzaju leczenia szpitalnego i ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne, szczegółowo opisując ustalone nieprawidłowości, dotyczące m.in. 299 przypadków pacjentek, wobec których wykonano procedurę histeroskopii, błędnie zakwalifikowaną i wykazaną do rozliczenia. W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami, wystąpił też do powoda o zwrot kwoty 597.795,40 zł (349.546,10 zł z tytułu niezasadnie rozliczonych świadczeń oraz 246.249,30 zł tytułem kary umownej).

Pismem z dnia 6 października 2008 r. powód złożył „Wyjaśnienia do kontroli(...)”, w których wniósł zastrzeżenia zarówno, co do sposobu kontroli, jak i ustaleń faktycznych. Wskazał m.in., że choć istotnie wykonanych zostało 355 zabiegów histeroskopii, to jednak 81 przypadków dotyczyło pacjentek z innych województw. Podkreślił też, że (...) nie może kwestionować wybranej, a uznanej w medycynie formy leczenia czy znieczulenia, bowiem o tym decyduje lekarz prowadzący. Szczegółowo odniósł się też do poszczególnych grup pacjentek, których leczenie zostało uznane za nieprawidłowe i wnosił o uznanie spornych procedur za rozliczone prawidłowo i zmniejszenie kwoty z tytułu niezasadnie rozliczonych świadczeń o kwotę 268.785,10 zł oraz zmniejszenie kary umownej.

W odpowiedzi(...) pismem z dnia 21 października 2008 r. częściowo zmienił wcześniejsze stanowisko i ostatecznie domagał się zapłaty kwoty 544.978,90 zł (296.729,60 zł tytułem niezasadnie rozliczonych świadczeń i 248.249,30 zł tytułem kary umownej).

Powodowy Szpital pismem z dnia 5 listopada 2008 r. wniósł do (...)w W. zażalenie na czynności (...)w B.. Domagał się obniżenia kwoty z tytułu niezasadnie rozliczonych świadczeń o 173.626,10 zł oraz w sposób znaczny obniżenia kary umownej.

Pismem z dnia 28 kwietnia 2009 r. Prezes (...)nie uwzględnił zażalenia powoda, wskazując że powodowy Szpital nadużywał pewnych zabiegów, zaś część z nich nie mogła w ogóle być wykonywana, ze względu na brak odpowiednich narzędzi. Uznał, że zabiegi histeroskopii były błędnie klasyfikowane jako operacyjne, a nie diagnostyczne, zaś kara umowna była odpowiednia i niewygórowana.

Po rozpoznaniu wniosku o ponowne rozpatrzenie zażalenia Prezes (...)pismem z dnia 1 lipca 2009 r. podtrzymał dotychczasowe stanowisko.

W piśmie z dnia 6 lipca 2009 r. Dyrektor Szpitala zwrócił się do (...)o zawarcie układu ratalnego odnośnie sankcji finansowych w kwocie 544.978,90 zł, na co pozwany wyraził zgodę. W związku z tym strony w dniu 17 lipca 2009 r. podpisały dokument zatytułowany (...), z którego wynikało, że „w związku z zakończoną procedurą kontrolną – wystąpienie pokontrolne znak (...)– w wyniku której (...) w B. jako wierzyciel ustalił wobec Szpitala w G. jako dłużnika wierzytelność w wysokości 544.978,90 zł wraz z należnymi odsetkami od powyższej kwoty w wysokości 23.631,81 zł, strony ustaliły sposób spłaty przedmiotowej należności”, polegający na uiszczeniu tej należności w 8 ratach, zgodnie z załączonym harmonogramem.

Ostatecznie powodowy szpital uiszczył na rzecz pozwanego łączną kwotę 544.978,90 zł, w tym 173.626,10 zł z tytułu niezasadnie zrealizowanych przez (...) świadczeń oraz 248.249,30 zł z tytułu kary umownej.

Mając to na uwadze, Sąd za niezasadny uznał zarzut pozwanego, że dochodzone w sprawie należności zostały objęte ugodą z dnia 17 lipca 2009 r., a zatem doszło do uznania długu. Wyjaśnił, że wprawdzie dokument ten został zatytułowany (...), co jednak nie świadczy o zawarciu umowy z art. 917 k.c., gdyż zarówno treść wniosku powoda, jak i ostateczna treść zawartego przez strony porozumienia dotyczyły jedynie możliwości rozłożenia należności na raty, tak aby powodowy Szpital nie stracił płynności finansowej.

Odnosząc się do oceny zasadności wykonywania przez powoda zabiegu histeroskopii wskazał, że zeznający w charakterze świadków kontrolerzy sprawdzający powodową placówkę: J. P. (1), M. S., B. K., E. S. i G. Ł. podtrzymali w całości wnioski końcowe kontroli. Za istotną uznał relację prof. M. K., (...) który zeznał, że nie przeprowadzał jeszcze kontroli w Szpitalu w G., ale z dokumentacji wynika, iż zabieg histeroskopii był wykonywany u pacjentek z podejrzeniem nowotworowym. W takiej zaś sytuacji badanie przeprowadza się w ten sposób, że najpierw zbierany jest wywiad, potem stawiana diagnoza i wybierany sposób leczenia. Zdaniem świadka przynajmniej część zabiegów była rozpisana nieprawidłowo. Zabieg kończył się wyłżeczowaniem jamy macicy, a do (...)odsyłano dokumentację jako histeroskopię inwazyjną, choć jeżeli tak było naprawdę, to zabieg powinien być zakwalifikowany jako wyłżeczowanie jamy macicy. Przy histeroskopii diagnostycznej nie wymaga się znieczulenia i opieki anestezjologicznej, przy czym można wykonać ten zabieg w warunkach ambulatoryjnych.

Celem ustalenia czy zakwestionowane w wyniku kontroli (...) procedury medyczne były zasadne i wykonywane prawidłowo, czy przeprowadzano zabiegi histeroskopii czy minihisteroskopii i czy powód może domagać się od pozwanego refundacji za zakwestionowane zabiegi, a jeśli tak, to w jakiej części, Sąd dopuścił dowód z opinii biegłego sądowego z zakresu ginekologii i położnictwa J. P. (2).

Biegły ten zaznaczył, że wobec braku oryginalnej dokumentacji medycznej dotyczącej zakwestionowanych świadczeń, nie jest w stanie przedłożyć opinii rzetelnie oceniającej zasadność wykonanych procedur medycznych. W oparciu jednak o dostępny materiał dowodowy stwierdził, że kwestionowanie procedury chirurgicznej, w której zastosowano

inną formę anestezji niż obarczone najwyższym stopniem ryzyka znieczulenie ogólne, jest co najmniej bezzasadne, tym bardziej, że stosowane w Szpitalu w G. histeroskopy miały średnicę płaszcza operacyjnego wynoszącą 3,5 mm, co w większości przypadków pozwala uniknąć konieczności znieczulenia ogólnego. Na podstawie materiału dowodowego ocenił, że w powodowym Szpitalu były wykonywane zabiegi histeroskopii ambulatoryjnej (mini histeroskopii).

W opinii uzupełniającej, ustosunkowując się do zastrzeżeń pozwanego, zaznaczył przede wszystkim, że nie jest w stanie odpowiedzieć na pytania postawione przez Sąd, nie znając treści historii chorób. Stwierdził też, że nie może dzisiaj powiedzieć, czy zakwestionowane zabiegi przez NFZ wymagały hospitalizacji.

W związku z tym, Sąd dopuścił dowód z opinii kolejnego biegłego – R. D.. Biegły ten stwierdził, że z faktur zakupowych wynikało, iż powodowy szpital dysponował sprzętem z układem optycznym H. o średnicy 2,9 mm, a zatem w Szpitalu wykonywano zabiegi mini-histeroskopii. Podał, że Szpital mógł domagać się od(...) refundacji za te zakwestionowane zabiegi, w których wykonano histeroskopię i pobrano materiał do badania histopatologicznego za pomocą biopsji celowanej lub wyłęczkowania jamy macicy, jako histeroskopie diagnostyczne z badaniem histopatologicznym oraz te zabiegi, w trakcie których pod kontrolą histeroskopową usunięto polip z jamy macicy oraz wykonano badanie histopatologiczne, jako zabiegi histeroskopii operacyjnej. Dodał też, że w ogromnej większości zakwestionowanych zabiegów istniały wskazania do ich wykonania i pobrania materiału do badania histopatologicznego. Jedynie w kilku przypadkach można podważyć celowość wykonywania jakiegokolwiek zabiegu.

Oceniając opisane wyżej opinie biegłych, Sąd uznał, że zostały one opracowane w sposób prawidłowy i rzetelny, a zatem w pełni zasługują na obdarzenie ich walorem wiarygodności. Choć żaden z biegłych nie analizował historii chorób konkretnych pacjentek, które poddano zabiegom histeroskopii, Sąd podzielił stanowisko pozwanego, że aby wykazać w należyty sposób wysokość dochodzonego roszczenia z tytułu umowy niezbędnym jest skonkretyzowanie za które dokładnie świadczenia powód żąda zapłaty na podstawie łączącej strony umowy. Zaznaczył, że postępowanie dowodowe zmierzające do tego, mogłoby okazać się długą, żmudną i kosztowną procedurą. Dlatego też ograniczył się do zbadania kwestii wstępnej, jaką jest uznanie roszczenia powoda za usprawiedliwione co do zasady. Sąd w całości podzielił stanowisko wyrażone przez biegłych, a ich wnioski legły u podstaw ustaleń faktycznych. Wynika z nich, iż stanowisko pozwanego (...) co do zasadności wykonywania przez powodowy Szpital zabiegów histeroskopii, było nietrafne.

Apelację od tego wyroku wniósł pozwany, który zarzucił Sądowi I instancji naruszenie:

- 1) art. 6 k.c. w zw. z art. 232 k.p.c. przez przyjęcie, że powód udowodnił zasadność dochodzonych roszczeń;
- 2) art. 483 § 1 k.c. przez uznanie, że (...) nie miał podstaw do nałożenia kary umownej w wysokości 248.249,30 zł na skutek przeprowadzonej kontroli;
- 3) art. 917 § 1 k.c. w zw. z art. 6 k.c. oraz w zw. z art. 232 k.p.c. przez przyjęcie, że ugoda z dnia 17 lipca 2009 r. nie obejmowała swoim przedmiotem należności dochodzonej w niniejszym postępowaniu oraz nie spełnia wymogów ugody w rozumieniu przepisu art. 917 § 1 k.c.;
- 4) art. 405 k.c. w zw. z art. 410 § 2 k.c. przez uznanie powództwa za usprawiedliwione w sytuacji, gdy powód na skutek nieprawidłowo rozliczonych przez siebie świadczeń opieki medycznej za lata 2007 – 2008, uzyskał korzyść majątkową w łącznej wysokości 296.729,60 zł bez podstawy prawnej;
- 5) art. 318 § 1 k.p.c. przez naruszenie prawa do bezstronnego Sądu oraz zasady równego traktowania stron;
- 6) art. 328 § 2 k.p.c. przez niewyjaśnienie podstawy prawnej wyroku z przytoczeniem przepisów prawa oraz niewskazanie podstawy faktycznej rozstrzygnięcia w zakresie uznania za usprawiedliwione roszczeń powoda związanych z nałożoną w toku kontroli karą umowną;
- 7) art. 285 § 1 k.p.c. przez uwzględnienie opinii biegłych sądowych, które były niepełne i nieweryfikowalne;

8) art. 217 § 1 k.p.c. (w brzmieniu przed nowelizacją) przez niewyciągnięcie wobec powoda niekorzystnych skutków, jakie mogły wyniknąć z niezastosowania się do zarządzeń przewodniczącego o zgłaszanie wniosków dowodowych oraz zastrzeżeń do opinii biegłych sądowych.

Wnosił o zmianę wyroku wstępnego przez oddalenie powództwa w całości.

Wyrokiem z dnia 23 sierpnia 2013 r. Sąd Apelacyjny w Białymstoku zmienił zaskarżony wyrok w ten sposób, że oddalił powództwo i rozstrzygnął o kosztach procesu. Uznał, odmiennie niż Sąd Okręgowy, że porozumienie z dnia 17 lipca 2009 r. stanowiło ugodę w rozumieniu art. 917 k.c. W konsekwencji mogło ono zostać uznane za podstawę spłaty należności przez powoda na rzecz pozwanego.

W skardze kasacyjnej od tego wyroku powód zarzucił naruszenie art. 917 k.c. przez jego zastosowanie w stanie faktycznym sprawy i uznanie, że porozumienie zawarte między stronami było ugodą oraz art. 65 § 1 i 2 k.c. w związku z treścią porozumienia z dnia 17 lipca 2009 r. przez błędną wykładnię oświadczeń woli stron. Wniósł o uchylenie zaskarżonego orzeczenia i oddalenie apelacji pozwanego albo przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania Sądowi Apelacyjnemu.

Po rozpoznaniu skargi kasacyjnej Sąd Najwyższy wyrokiem z dnia 9 października 2014 r. uchylił zaskarżony wyrok i przekazał sprawę Sądowi Apelacyjnemu w Białymstoku do ponownego rozpoznania.

Wskazał, że istota sporu sprowadzała się do ustalenia, czy dokument sporządzony dnia 17 lipca 2009 r. i zatytułowany jako(...)odpowiada przesłankom ugody w rozumieniu art. 917 k.c., a tym samym, czy może stanowić on podstawę przypisania stronie powodowej zobowiązania na rzecz pozwanej.

W związku z tym zauważył, że sporne porozumienie zostało zawarte w szczególnym układzie podmiotowym, jaki na gruncie obecnej regulacji finansowania świadczeń opieki zdrowotnej występuje pomiędzy(...)i zakładami opieki zdrowotnej. (...)bowiem, jako podmiot dysponujący środkami publicznymi – dokonujący ich rozdziału oraz kontrolujący sposób wydatkowania – pozostaje w pozycji faktycznie nadrzędnej względem podmiotów otrzymujących finansowanie i wykonujących na jego podstawie świadczenia zdrowotne. Nadrzędność ta przejawia się m.in. w faktycznej konieczności podporządkowania się przez zoz-y do treści umów redagowanych w całości (w tym w zakresie kar umownych) przez (...). Wyraz podporządkowania stanowi także sposób weryfikowania przez (...) prawidłowości wykonania zobowiązań wynikających z zawartych umów. Dotyczy to zarówno samego przebiegu dokonywania kontroli oraz formułowania wynikających z niej wniosków, jak również konsekwencji stwierdzonych naruszeń – które obok skutków wynikających z umowy (w tym konieczności zapłaty przewidzianych w niej kar) mogły pozbawiać także zakład opieki zdrowotnej szans na zawarcie w przyszłości kolejnych umów z (...).

Zdaniem Sądu Najwyższego występowanie tej rzeczywistej podrzędności miało kluczowe znaczenie dla interpretacji charakteru oświadczeń złożonych w dokumencie z dnia 17 lipca 2009 r. Podał, że choć został on zatytułowany, jako „ugoda”, a także posługiwano się w jego treści określeniami „wierzyciel” i „dłużnik”, tym niemniej jego treść nie zawiera podstawowej przesłanki konstrukcyjnej, wskazanej w art. 917 k.c., a mianowicie wzajemności ustępstw czynionych sobie przez strony. Nie jest nim bowiem sam fakt rozłożenia należności na raty, który w tym wypadku tłumaczyć można przede wszystkim motywami pragmatycznymi, a nie dążeniem do odmiennego ukształtowania swojej sytuacji prawnej. Celem zawarcia porozumienia było bowiem, ze strony Szpitala, wyłącznie ułatwienie spłaty należności, a w dalszej konsekwencji, zapewnienie sobie zachowania płynności finansowej oraz możliwości dalszego otrzymywania świadczeń z (...).

Sąd Najwyższy podkreślił także, że z okoliczności faktycznych ustalonych przez Sądy obu instancji, wynika iż przygotowaniu dokumentu określonego jako „ugoda” towarzyszyło oczekiwanie powoda, że w razie uzyskania przez niego korzystnego dla siebie orzeczenia sądowego w sporze o należność objętą dokumentem z dnia 17 lipca 2009 r. będzie mógł on dochodzić zwrotu kwot przekazanych (...). Wprawdzie zastrzeżenie to nie znalazło się w treści dokumentu zatytułowanego jako „ugoda”, który został sporządzony w całości przez (...), tym niemniej biorąc pod

uwagę sposób przygotowania porozumienia oraz towarzyszącą mu intencję powoda, nie można stwierdzić, by jej zamiarem było uznanie istnienia długu. W konsekwencji uznał, że Sąd Apelacyjny dokonał nieprawidłowej wykładni zawartych w nim oświadczeń woli, uznając zawarte porozumienie za ugodę w rozumieniu art. 917 k.c. Z tego powodu uchylił zaskarżone orzeczenia i przekazał sprawę do ponownego rozpoznania.

Ponownie rozpoznając sprawę wskutek wniesionej apelacji Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

Zaskarżony wyrok wstępny nie mógł się ostać.

Zdaniem Sądu Apelacyjnego nie sposób odmówić słuszności argumentacji skarżącego, że w okolicznościach niniejszej sprawy doszło do naruszenia art. 318 k.p.c., bowiem Sąd Okręgowy bezpodstawnie skorzystał z instytucji wyroku wstępnego.

W pierwszej kolejności wskazać należy, że dochodzona pozwem kwota 421.875,40 zł składa się z dwóch pozycji: kwoty 173.626,10 zł z tytułu niezasadnie rozliczonych świadczeń, które – zdaniem powoda – zostały wykonane prawidłowo oraz kwoty 248.249,30 zł naliczonej przez pozwanego tytułem kary umownej za nienależyte wykonanie umowy. Obie wskazane wyżej kwoty zostały zwrócone pozwanemu poprzez potrącenie z bieżących wymagalnych wierzytelności Szpitala. Kwestie te zostały szczegółowo uregulowane w przygotowanej przez pozwanego „ugodzie”, podpisanej przez strony w dniu 17 lipca 2009 r. Dokument ten stanowił w istocie odpowiedź pozwanego na prośbę powoda z dnia 6 lipca 2009 r. o zawarcie układu ratalnego w sprawie zwrotu kwoty 544.978,90 zł (jako ostatecznie określonej sankcji finansowej nałożonej na Szpital w wyniku postępowania kontrolnego). W przeciągu 7 miesięcy (zgodnie z harmonogramem spłat) powód zwrócił pozwanemu w 8 ratach ogółem kwotę 568.610,71 zł, na którą składała się kwota główna 544.978,90 zł (jako suma kwot: 296.729,60 zł z tytułu niezasadnie rozliczonych świadczeń i 248.249,30 zł z tytułu kary umownej) oraz należne odsetki w wysokości 23.631,81 zł.

Charakter powyższego dokumentu był przedmiotem rozważań Sądu Najwyższego, który ostatecznie doszedł do przekonania, że nie spełnia on przesłanek ugody z art. 917 k.c., a co za tym idzie – nie może być podstawą przypisania powodowi zobowiązania wobec pozwanego. Zdaniem tego Sądu, nawet jeśli sam fakt przyjęcia ratalnego systemu spłat uznać za wyraz ustępstw NFZ, to nie sposób dopatrzeć się tego typu ustępstw po stronie powoda. Za takowe nie może być uważane przyznanie przez niego istniejącego wobec pozwanego zobowiązania, bowiem w relacjach między (...)a powodem jako zakładem opieki zdrowotnej, zgoda na spełnienie świadczenia nie wynikała z akceptacji zobowiązania, lecz wymusiły ją warunki współpracy narzucone przez pozwanego.

Nadmienić wypada, że zgodnie z art. 398²⁰ k.p.c. sąd, któremu sprawa została przekazana, związany jest wykładnią prawa dokonaną w tej sprawie przez Sąd Najwyższy. Związanie to oznacza, że sąd II instancji, któremu sprawa została przekazana, nie może przepisów prawa materialnego i procesowego interpretować odmiennie.

Sąd Najwyższy zwrócił również uwagę na treść pisma powoda z dnia 6 lipca 2009 r. zatytułowanego jako „wniosek o zawarcie układu ratalnego”, w którym to znalazła się prośba o uwzględnienie w treści tego układu zapisu o zwrocie na rzecz Szpitala kwoty w wysokości określonej w rozstrzygnięciu sądowym, na wypadek uzyskania korzystnego rozstrzygnięcia w przedmiocie kwoty objętej układem ratalnym, potrąconej do dnia uprawomocnienia się orzeczenia.

Jakkolwiek zastrzeżenie to nie znalazło się w treści zredagowanej przez (...) „ugody”, to biorąc pod uwagę całokształt okoliczności towarzyszących jej zawarciu, nie sposób zakwalifikować działania powoda jako uznania długu wobec (...). Było ono raczej podyktowane względami pragmatycznymi, tj. chęcią zachowania płynności finansowej i ciągłości usług medycznych, co – jak wskazywał powód – mogłoby zostać zachwiane jednorazową spłatą kwoty 544.978,90 zł. Nadmienić bowiem wypada, że zgodnie z § 28 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. 2008, nr 81, poz. 484), w przypadku stwierdzenia przez oddział wojewódzki Funduszu przekazania świadczeniodawcy nienależnych środków finansowych, kwota przekazanych środków podlega zwrotowi w terminie 14 dni od dnia otrzymania wezwania do ich zwrotu. Natomiast w przypadku wyczerpania procedury odwoławczej, oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu

przysługuje prawo do dokonania potrącenia nienależnie przekazanych środków wraz z odsetkami ustawowymi z należności przysługującej świadczeniodawcy (ust. 3).

W kontekście powyższych uwag, należałoby zatem rozważyć czy świadczenie powoda w zakresie zakwestionowanej przez niego kwoty – 421.875,40 zł, nie stanowiło w istocie świadczenia nienależnego z zastrzeżeniem zwrotu, w myśl art. 410 § 2 k.c. i art. 411 pkt 1 k.c.

Zgodnie z treścią tych przepisów, świadczenie jest nienależne, jeżeli ten, kto je spełnił, nie był w ogóle zobowiązany lub nie był zobowiązany względem osoby, której świadczył, albo jeżeli podstawa świadczenia odpadła lub zamierzony cel świadczenia nie został osiągnięty, albo jeżeli czynność prawna zobowiązująca do świadczenia była nieważna i nie stała się ważna po spełnieniu świadczenia (art. 410 § 2 k.c.). Nie można żądać zwrotu świadczenia jeżeli spełniający świadczenie wiedział, że nie był do niego zobowiązany, chyba że jego spełnienie nastąpiło z zastrzeżeniem zwrotu albo w celu uniknięcia przymusu lub w wykonaniu nieważnej czynności prawnej (art. 411 pkt 1 k.c.). O nienależnym świadczeniu może być zatem mowa wówczas, gdy zostało ono spełnione pomimo braku podstawy prawnej ku temu, tj. gdy obowiązek jego spełnienia nie wynikał ani z umowy, ani z ustawy, ani też z innego zdarzenia prawnego. W doktrynie wskazuje się, że przez wykonanie świadczenia w rozumieniu art. 410 k.c. należy rozumieć każde celowe świadome przysporzenie na rzecz majątku innej osoby, które z punktu widzenia odbiorcy można przyporządkować jakiemuś zobowiązaniu, chociażby w ogóle lub jeszcze nieistniejącemu albo nieważnemu.

Pomimo, iż świadczący wiedział, że nie był zobowiązany do danego świadczenia, może skutecznie żądać jego zwrotu, jeżeli wcześniej zastrzegł taką ewentualność. W tym wypadku odpada bowiem zakaz *venire contra factum proprium nemini licet* (co znaczy „nie wolno występować przeciwko temu, co wynika z własnych czynów”), skoro świadczący od początku oświadcza, że świadczy tylko na wypadek, jeśli okaże się, że zobowiązane istniało. Jak wskazuje się w doktrynie, zasadność takiego zastrzeżenia można wyjaśnić wtedy, gdy świadczący jest przekonany lub ma co najmniej wątpliwości co do swego zobowiązania wobec przyjmującego świadczenie, ale mimo to świadczy na jego rzecz w intencji realizacji swych interesów w określonej postaci, których chronić w tym momencie nie może (np. z uwagi na brak dowodów), czy też nie chce. Innymi słowy, świadczący musi dać wyraz swoim wątpliwościom co do istnienia zobowiązania i oświadczyć, że płaci, ale będzie żądał zwrotu, gdy będzie mógł udowodnić, że zobowiązanie nie istniało.

Podkreślenia nadto wymaga, że zastrzeżenie zwrotu jest jednostronnym oświadczeniem woli i może być wyrażone w dowolny sposób, byleby dotarło do adresata najpóźniej wraz z samym świadczeniem w taki sposób, by mógł on się zapoznać z jego treścią. Zaznaczyć należy, że z punktu widzenia art. 411 pkt 1 k.c. obojętna jest przy tym wola adresata, tzn. zastrzeżenie to może być dokonane nawet wbrew woli drugiej strony. Zastrzeżenie to, nie wiąże się z jakimś dalszym wydarzeniem, zapewnia jedynie świadczącemu skuteczną replikę na zarzut, że wiedział, iż nie jest zobowiązany w ewentualnym sporze restytucyjnym (por. P. Książek, Komentarz do art. 411 k.c., pod red. K. Osajdy, wyd. 10 z 2014 r., Legalis).

Przenosząc powyższe uwagi na grunt niniejszej sprawy, stwierdzić należy, że strona powodowa zwróciła kwotę 568.610,71 zł (w tym sporną w wysokości 421.875,40 zł) stronie pozwanej w 8 ratach na podstawie „ugody” zawartej w dniu 17 lipca 2009 r., ale – jak wynika z treści pisma powoda z dnia 6 lipca 2009 r. zatytułowanego jako „wniosek o zawarcie układu ratalnego” – zastrzegł on zwrot na swą rzecz kwoty w wysokości określonej w rozstrzygnięciu sądowym, na wypadek uzyskania korzystnego dla siebie rozstrzygnięcia w przedmiocie kwoty objętej układem ratalnym, potrąconej do dnia uprawomocnienia się orzeczenia (zapowiedź drogi sądowej). Pomimo, iż zastrzeżenie to – wbrew postulatowi powoda – nie zostało zamieszczone w dokumencie sporządzonym przez pozwanego, doszło do jego złożenia w sposób skuteczny. Zważyć bowiem należy, że dotarło ono do pozwanego jeszcze przed spełnieniem kwestionowanego świadczenia w taki sposób, że mógł on zapoznać się z jego treścią. Okoliczności niniejszej sprawy wskazują też, że powód od początku negował słuszność postępowania pozwanego – od momentu zapoznania się z wynikami przeprowadzonej kontroli konsekwentnie je podważał w dalszym trybie postępowania, wyczerpując wszystkie przysługujące mu w tym względzie środki ochrony prawnej.

W realiach niniejszej sprawy należy zatem dopuścić możliwość żądania przez powodowy Szpital zwrotu części spełnionego świadczenia w oparciu o art. 411 pkt. 1 k.c. z uwagi na „zastrzeżenie zwrotu”. Konsekwencją takiego założenia jest z kolei wniosek, że pozwany nie mógł skutecznie dokonać potrącenia nieistniejących wierzytelności z wierzytelnościami przysługującymi powodowi.

Z wyżej przedstawionych względów, nie zasługiwały na aprobatę Sądu Apelacyjnego zarzuty naruszenia art. 917 § 1 k.c. w zw. z art. 6 k.c. i art. 232 k.p.c. oraz art. 405 k.c. w zw. z art. 410 § 2 k.c.

Natomiast pozostałe zarzuty apelacji okazały się trafne. Zaznaczyć bowiem należy, że powód kwestionując zasadność zapłaty na rzecz NFZ kwoty 173.626,10 zł tytułem nienależnie rozliczonych świadczeń, nie wskazał jednocześnie, które z cząstkowych pozycji składających się ogółem na kwotę 296.729,60 zł są objęte treścią jego żądania.

W celu uszeregowania najistotniejszych kwestii przypomnieć wypada, że(...)podczas przeprowadzonej w okresie od 26 lutego do 21 marca 2008 r. kontroli w zakresie prawidłowości realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: leczenie szpitalne i ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne w latach 2007 – 2008, w stosunku do (...) jako niezasadnie rozliczone świadczenia wskazał:

- 1) 39 przypadków procedury o kodzie 5.06.00.0000745 (histeroskopia operacyjna) – nienależne obciążenie (...) kwotą 52.962,00 zł;
- 2) 37 przypadków procedury o kodzie 5.06.00.0000745 (histeroskopia operacyjna) – nienależne obciążenie (...)kwotą 50.246,00 zł;
- 3) 16 przypadków procedury o kodzie 5.06.00.0000745 (histeroskopia operacyjna) – nienależne obciążenie (...) kwotą 21.728,00 zł;
- 4) 93 przypadki procedury o kodzie 5.06.00.0000745 (histeroskopia operacyjna) – nienależne obciążenie (...) kwotą 45.105,00 zł;
- 5) 25 przypadków procedury o kodzie 5.06.00.0000745 (histeroskopia operacyjna), 5.06.00.0000718 (wycięcie polipa/polipów, pobranie wycinków z: krocza, pochwy, tarczy szyjki macicy, z frakcjonowanym wyluzowaniem kanału szyjki i jamy macicy, usunięcie kłykcin, z badaniem hist.-pat. I badaniem wirusologicznym), 5.06.00.0000726 (połóg patologiczny – ponowna hospitalizacja z powodu powikłań w położu), 5.06.00.0000030 (hospitalizacja celem oceny skutków i ewentualnej modyfikacji leczenia) – nienależne obciążenie (...) kwotą 19.788,00 zł;
- 6) 46 przypadków procedury o kodzie 5.06.00.0000732 (histeroskopia diagnostyczna z badaniem histopatologicznym) – nienależne obciążenie (...)kwotą 40.158,00 zł;
- 7) 9 przypadków procedury o kodzie 5.06.00.0000732 (histeroskopia diagnostyczna z badaniem histopatologicznym) – nienależne obciążenie (...)kwotą 3.298,00 zł;
- 8) 26 przypadków procedury o kodzie 5.06.00.0000732 (histeroskopia diagnostyczna z badaniem histopatologicznym) – nienależne obciążenie (...) kwotą 22.698,00 zł;
- 9) 8 przypadków procedury o kodzie 5.06.00.0000732 (histeroskopia diagnostyczna z badaniem histopatologicznym) – nienależne obciążenie (...) kwotą 6.984,00 zł;
- 10) 2 przypadki procedury o kodzie 5.06.00.0000745 (histeroskopia operacyjna) – zwrot na rzecz (...)kwoty 970,00 zł;
- 11) 1 przypadek procedury o kodzie 5.06.00.0000030 (hospitalizacja celem oceny skutków i ewentualnej modyfikacji leczenia) – nienależne obciążenie (...) kwotą 388,00 zł;

12) 6 przypadków niezasadnego wykazania procedury z katalogu świadczeń szpitalnych jako rozliczenie świadczeń udzielonych, z powodu tej samej jednostki chorobowej w terminie nieprzekraczającym 14 dni od poprzedniej hospitalizacji – nienależne obciążenie (...) kwotą 7.469,00 zł;

13) 18 przypadków procedury o kodzie 5.06.00.0000768 (wycięcie macicy lub trzonu macicy – z przydatkami lub bez) i jednocześnie 60% wartości procedury o kodzie 5.06.00.0000775 (podwieszenie macicy, szyjki lub pochwy z kosztem materiału biomedycznego) – nienależne obciążenie (...) kwotą 33.523,20 zł;

14) 1 przypadek czterokrotnej procedury o kodzie 5.06.00.0001438 (wycięcie wyrostka robaczkowego) łącznie z procedurą o kodzie 5.06.00.0000732 (histeroskopia diagnostyczna z badaniem histopatologicznym) – nienależne obciążenie (...) kwotą 7.372,00 zł;

15) 11 przypadków niezasadnego wykazania do rozliczenia świadczeń z(...), podczas gdy w dokumentacji medycznej pacjentek nie stwierdzono uzasadnienia do rozliczenia wykazanych procedur – nienależne obciążenie (...)kwotą 13.677,00 zł;

Łącznie w stosunku do tego Oddziału zakwestionowano zatem 338 przypadków, co ogółem złożyło się na kwotę 326.366,20 zł tytułem nienależnie rozliczonych świadczeń.

Natomiast w stosunku do (...)za niezasadnie rozliczone świadczenia (...) uznał:

1) 1 przypadek braku dokumentacji medycznej pacjenta, któremu udzielono porady specjalistycznej – nienależne obciążenie (...) kwotą 31,20 zł;

2) 18 przypadków braku wpisu w historii choroby dokumentującego udzielenie wykazanej do rozliczenia porady udzielonej w latach 2007 i 2008 (wziętych pod uwagę przy naliczeniu 16 przypadków, bowiem 2 nie były opłacone przez (...)) – nienależne obciążenie (...)kwotą 467,20 zł;

3) 6 przypadków udzielenia porad niespełniających wymogów określonych dla świadczeń specjalistycznych – nienależne obciążenie NFZ kwotą 116,80 zł;

4) 260 przypadków niezasadnego zakwalifikowania i wykazania do rozliczenia porad II typu, podczas gdy należało wykazać do rozliczenia porady typu I – nienależne obciążenie (...) kwotą 3.796,00 zł;

5) 2 przypadki niezasadnego zakwalifikowania i wykazania do rozliczenia porad III typu, podczas gdy właściwym typem porady w tych przypadkach był odpowiednio II i I typ – nienależne obciążenie (...) kwotą 58,40 zł;

6) 1 przypadek nieudokumentowania w historii choroby czynności lekarza, które są elementami wymaganymi dla porady specjalistycznej – nienależne obciążenie (...) kwotą 31,20 zł;

7) 6 przypadków niezasadnego wykazania do rozliczenia porad kompleksowych (wzięte pod uwagę przy naliczeniu jedynie 2 przypadki, bowiem 4 nie były opłacone przez NFZ) – nienależne obciążenie (...) kwotą 78,00 zł;

8) 6 przypadków braku w indywidualnej dokumentacji medycznej zaświadczenia przeznaczonego dla lekarza (...), niezasadne wykazanie do rozliczenia porady kompleksowej podczas, gdy poradami należnymi w tych przypadkach były porady specjalistyczne (wzięte pod uwagę przy naliczeniu 3 przypadki, bowiem 3 nie były opłacone przez NFZ) – nienależne obciążenie NFZ kwotą 117,00 zł;

9) 5 przypadków nieprawidłowej kwalifikacji udzielonych świadczeń (wzięte pod uwagę przy naliczeniu 4 przypadki, bowiem 1 nie był opłacony przez NFZ) – nienależne obciążenie NFZ kwotą 128,60 zł.

Łącznie w stosunku do tej Poradni zakwestionowano zatem 305 przypadków, z których do rozliczenia wzięto pod uwagę 295 – co ogółem złożyło się na kwotę 4.824,40 zł tytułem nienależnie rozliczonych świadczeń.

Odnosnie (...)naliczono w sumie kwotę 331.190,60 zł z tytułu niezasadnie rozliczonych świadczeń. Łącznie z (...) (12.755,50 zł) i (...) (5.600 zł) dało to kwotę 349.546,10 zł (wystąpienie pokontrolne, k. 63-72).

Kwota ta została następnie pomniejszona wskutek uwzględnienia przez NFZ części zgłoszonych przez (...)w G. zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego z dnia 30 września 2008 r. – dotyczących (...) w efekcie korekcje uległy następujące kwoty:

- 1) 52.962,00 zł do kwoty 34.047,00 zł (dot. 39 przypadków);
- 2) 50.246,00 zł do kwoty 32.107,00 zł (dot. 37 przypadków);
- 3) 21.728,00 zł do kwoty 18.915,00 zł (dot. 16 przypadków);
- 4) 22.698,00 zł do kwoty 10.088,00 zł (dot. 26 przypadków) – pismo NFZ z dnia 21 października 2008 r. (k. 647 – 655).

Nadmienić wypada, że powodowy Szpital poza jednym (uwzględnionym zresztą) zastrzeżeniem dotyczącym (...) nie sformułował żadnych pod adresem obu (...) W rezultacie, z wcześniejszej kwoty 326.366,20 zł dotyczącej(...) do zapłaty z tytułu niezasadnie rozliczonych świadczeń pozostała kwota 273.889,20 zł, która przy uwzględnieniu kwot z (...)ogółem złożyła się na kwotę 296.729,60 zł.

Spór w niniejszej sprawie koncentrował się wokół nienależnie rozliczonych świadczeń dotyczących zabiegów histeroskopii (...), jednakże do chwili obecnej powód nie sprecyzował swego żądania poprzez wyjaśnienie, które spośród kilkuset przypadków wskazanych przez (...) – są przedmiotem niniejszego postępowania. Innymi słowy, nie skonkretyzował, które dokładnie jednostkowe kwoty składają się na dochodzoną przez niego sumę 173.626,10 zł. Nadmienić wypada, że w zakresie niezasadnie rozliczonych świadczeń poza sporem pozostaje kwota 123.103,50 zł.

Z uwagi na powyższe braki, obowiązkiem Sądu I instancji było w pierwszej kolejności zobowiązanie powoda do sprecyzowania podstawy faktycznej żądania zapłaty kwoty 173.626,10 zł, a następnie przeprowadzenie dowodu z opinii biegłego, w oparciu o całą niezbędną w tym zakresie dokumentację medyczną (w tym historie chorób poszczególnych pacjentów). Znajdujące się w aktach sprawy dwie opinie biegłych – jako że sporządzone na podstawie tylko części tej dokumentacji (bez historii chorób) – z całą pewnością nie mogły posłużyć do ustalenia zasady odpowiedzialności pozwanego. Sąd Okręgowy wydając wyrok wstępny przesądzający tę kwestię – bez uprzedniego ustalenia podstawy faktycznej powództwa oraz jej należytej weryfikacji w oparciu o prawidłowo przeprowadzone postępowanie dowodowe – de facto nie rozpoznał w tym zakresie istoty sprawy.

Jeśli zaś chodzi o drugą ze spornych kwot, tj. 248.249,30 zł z tytułu naliczonej przez NFZ kary umownej, wskazać wypada, że w toku postępowania kontrolnego powodowy Szpital wnioskował jedynie o jej wydatne zmniejszenie, natomiast na etapie postępowania sądowego domagał się zwrotu już całej kwoty. Sąd I instancji, uznając powództwo o zapłatę wyżej wskazanej sumy za usprawiedliwione co do zasady, w żaden sposób nie umotywował tego rozstrzygnięcia. Nie przedstawił jakiegokolwiek argumentacji w tym zakresie, przez co nie jest możliwym prześledzenie toku jego rozumowania. Nadto, zastrzeżenia Sądu Apelacyjnego budzi sama możliwość wydania w tym zakresie wyroku wstępnego, w sytuacji gdy powód kwestionuje jedynie część niezasadnie rozliczonych świadczeń, tj. ok. 60% z nich. Skoro zatem częściowo zaakceptował stanowisko pozwanego (w ponad 40%), to (...) – zgodnie z § 5 ust. 1 zawartej między stronami umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – leczenie szpitalne (umowa nr (...)) oraz ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne (umowa nr (...)) w związku z § 28 oraz § 29 ust. 1 pkt. 1 lit. g), pkt. 2 lit. a) rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – co do zasady mógł domagać się stosownej kary umownej z tytułu nienależytego wykonania umowy. Przesądzenie tej kwestii w wyroku wstępnym bez jej uprzedniej analizy, stanowi o nierozpoznanie istoty sprawy również co do tej części powództwa.

Z uwagi na niewyjaśnienie wszystkich istotnych okoliczności faktycznych niniejszej sprawy, w ocenie Sądu Apelacyjnego, nie istniały podstawy do wydania wyroku wstępnego. W związku z powyższym, na podstawie art. 386 § 4 k.p.c., należało uchylić zaskarżony wyrok i przekazać sprawę Sądowi Okręgowemu do ponownego rozpoznania.

W przedmiocie kosztów postępowania Sąd Apelacyjny orzekł na podstawie art. 108 § 2 k.p.c.